

نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی

بهزیستی ذهنی سالمندان

دکتر علی فرهادی

دانشگاه علوم پزشکی لرستان

سمیه برازنده چقایی
دانشگاه علامه طباطبایی

حسن مختارپور

دانشگاه علامه طباطبایی

خلیل کرمی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

✉ علی دارایی‌زاده
دانشگاه مازندران

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۲۵

دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۱

شناسایی عوامل مرتبط با بهزیستی روانی سالمندان، یکی از موضوعات مورد علاقه‌ی حوزه‌ی روان‌شناسی سالمندی است. بنابراین هدف این پژوهش، بررسی نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان بود. این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی سالمندان شهر شیراز تشکیل می‌دادند. در این مطالعه ۳۵۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهر شیراز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی (وینفیلد، وینفیلد، و تیگمان، ۱۹۹۲)، بهزیستی معنوی (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲)، خودکارآمدی (شرر و همکاران، ۱۹۹۸) و بهزیستی ذهنی (کیس و ماگیارمو، ۲۰۰۳) استفاده شد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه‌ی دو متغیری بهزیستی ذهنی با حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی، مثبت و معنی‌دار است ($P \leq 0/001$). نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که ۸۵ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی سالمندان از طریق حمایت خانواده و دوستان، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و خودکارآمدی قابل پیش‌بینی است. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در خصوص اهمیت متغیرهای مستقل در حفظ بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی سالمندان داشت.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی، خودکارآمدی، بهزیستی ذهنی، سالمندان

افزایش جمعیت سالمندان در عصر حاضر تا آن اندازه مهم است که سازمان بهداشت جهانی متذکر گردیده که

امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی، و مجلسی، ۱۳۹۲). بلانشر، عضو انجمن سالمندشناسی فرانسه بیان کرده که در حال حاضر، جمعیت از شرایط انفجاری جمعیت کودکان به سوی وضعیت انفجاری جمعیت زنان پیر تغییر حالت داده است (تانگ وانگ و سون‌تورن‌دا، ۲۰۰۸). با نگاهی به آمار و ارقام، عمق، شدت و اهمیت این مسأله نمایان‌تر می‌شود. به طوری که امروزه حدود ۶۰۰ میلیون فرد سالخورده‌ی بالای ۶۰ سال در سطح جهان وجود دارد که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر

علی فرهادی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ایران؛ سمیه برازنده چقایی، کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛ حسن مختارپور، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛ خلیل کرمی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛ علی دارایی‌زاده، کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علی دارایی‌زاده، کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: alidaraizadeh@yahoo.com

اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (بریدیچ، ماریچ و زاف، ۲۰۰۸). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خلق‌های شاد، توانایی تفکر برای حل مسائل به شیوه‌های جدید را تسهیل می‌کنند. احساسات منفی، از توانایی تفکر انعطاف‌پذیر جلوگیری می‌کند (گاسپر، ۲۰۰۳). هوگه (۲۰۱۲) معتقد است در حالت شادی، مردم با هم همکاری می‌کنند (برای مثال آنها به شکلی مذاکره می‌کنند که بیشترین نتیجه برای طرفین حاصل می‌شود) در نتیجه رفتارهای انعطاف‌پذیر، حل مسئله و درک بهتر مسائل ایجاد می‌شود.

معنویت از جمله مؤلفه‌هایی است که در تمام ابعاد زندگی، عنصری ضروری می‌باشد. بهزیستی معنوی^۲ را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکس، گودی، و گاست، ۲۰۰۳). طبق نظر موبرگ و بروسک (۱۹۷۸) بهزیستی معنوی یک سازه‌ی چند بعدی است که شامل یک بعد عمودی و یک بعد افقی می‌شود. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد. الیسون (۱۹۸۳) بیان می‌کند که بهزیستی معنوی شامل یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است. بهزیستی مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است و بهزیستی وجودی بیانگر احساس فرد می‌باشد که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود هستند. متخصصان سلامت روان بیش از پیش به اهمیت معنویت و بهزیستی معنوی در زندگی افراد تأکید می‌کنند و این موضوع به علت وجود پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد معنویت و بهزیستی معنوی ارتباط مثبتی با سلامت روان دارد (پاول، شهابی و تورسن، ۲۰۰۳). معنویت و مذهب نقش مهمی در زندگی افراد دارد و این مؤلفه در زندگی افراد بزرگسال بیشتر نمایان می‌شود (نیوپورت، ۲۰۰۶). اعمال معنوی برای افراد سالمند معنی و حمایت عاطفی فراهم می‌آورد (تورسن و هاریس، ۲۰۰۲). در پژوهش دیگری مشخص شد که بهزیستی معنوی نقش مهمی در سلامت افراد سالمند دارد

خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش می‌یابد (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲) و این افزایش در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه یافته خواهد بود. ایران نیز از این نظر مستثنی نیست که در صورت عدم برنامه‌ریزی و توجه به این مسأله، در آینده‌ای نه چندان دور، مشکلات ناشی از افزایش جمعیت سالمندان گریبان‌گیر کشور می‌شود (دشمنگیر، تقدیسی، دشمنگیر، و دهداری، ۱۳۹۱).

جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در ایران بر اساس آخرین سرشماری عمومی در سال ۱۳۹۰، ۶۱۵۹۶۷۶ نفر است که ۸/۱ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ روند افزایشی داشته است (محمودی، نیازآذری، و صنعتی، ۱۳۹۱). این امر نشان دهنده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران می‌باشد. با توجه به این روند رشد سریع و این که افراد سالخورده با انتقال تجربه، نقش مهمی در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، لزوم توجه به این قشر بیش از پیش مشهود است (جعفری، حاجلو، فغانی و خزان، ۱۳۹۱).

امروزه پژوهش درباره بهزیستی ذهنی^۱، توانمندی‌های انسانی و روان‌شناسی مثبت به طور روزافزون در حال رشد است (اوزمت، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد است و از تعادل میان عواطف مثبت و منفی، و رضایت‌مندی از زندگی ناشی می‌شود (دورایا، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان شامل کیفیت کنش اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی اطلاق می‌شود (برجلی، بگیان‌کوله‌مرز، بختی، و عباسی، ۱۳۹۲). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. از گذشته و آینده‌ی خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه‌ی ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت

² spiritual well-being

¹ subjective well-being

واسطه‌ی آن فرد باور می‌کند که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود، دارای ارزش، اعتبار و احترام است، و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌باشد. دیگر محققان حمایت اجتماعی را تبدلات بین فردی می‌دانند که شامل عاطفه، تأیید و تصدیق، مساعدت و یاری، تشویق و اعتبار دادن به احساسات است (ابی، ۱۹۹۳). حمایت اجتماعی شامل منابع اجتماعی است که افراد آماده‌ی دریافت آن هستند تا روابطشان را بهبود ببخشند (لورا، گراهام و نأمی، ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر تحقیقات بسیاری در زمینه پیامدهای روانی- اجتماعی حمایت اجتماعی انجام شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی مطلوب می‌تواند احساس تنهایی را کاهش داده (پاموکیو و میدان، ۲۰۱۰) و موجب رضایت از زندگی شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). با افزایش حمایت اجتماعی، پاسخ به استرس در فرد کاهش یافته (همتی‌راد و سپاه منصور، ۱۳۸۷) و سلامت روان فرد بهبود می‌یابد (وارن، استین و گرلا، ۲۰۰۷). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که شبکه‌ی ارتباطات و حمایت اجتماعی عامل مهمی برای تجربه‌های مثبت و پاداشی محسوب می‌شود که در نهایت به احساس خود-ارزشمندی و عزت نفس افراد منجر می‌گردد (ایکیز و ساکار، ۲۰۱۰).

در مطالعه‌ی کورسنتینو، گولینس، ساچز- اریکسون و بلازر (۲۰۰۹) با عنوان نقش سلامت معنوی در بهبود علائم شناختی در زنان سالمند مبتلا به افسردگی در کارولینای شمالی که با هدف ارتباط جنس و علائم افسردگی با مذهب انجام شد، در رابطه با سه فاکتور توجهات مذهبی، جنسیت و نشانه‌های افسردگی در پیش‌بینی کاهش شناخت، نتایج نشان داد بیماری که اعتقادات مذهبی بیشتری داشتند، کمتر دچار مشکلات شناختی می‌شدند و در بین سالمندان با افسردگی حاد، افرادی که اعتقادات مذهبی کمتری داشتند بیشتر اختلالات شناختی را از خود نشان دادند. جدیدی، فراهانی نیا، جان‌محمدی و حقانی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک نشان دادند، سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد. باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری

(جوزویک، ۲۰۰۷). همچنین اعمال معنوی یا مقابله‌ی مذهبی به عنوان یک مکانیسم دفاعی مهم و ضربه‌گیر در برابر عوامل خطرزای مربوط به علائم بالینی نظیر افسردگی، به ویژه در افراد سالمند عمل می‌کند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی از موضوعاتی که در بهبود وضعیت روانی سالمندان، کمک کننده است، تقویت خودکارآمدی^۱ در آنها می‌باشد (نوروزی و مؤمنی یانسری، ۱۳۹۱). برخی از پژوهشگران و روان‌شناسان از مفهوم خودکارآمدی عمومی به معنی باور و قضاوت‌های افراد درباره‌ی صلاحیت و توانایی کلی خود در رویارویی با رویدادها یا موقعیت‌های تنیدگی‌زا و تهدید کننده استفاده کرده‌اند (بیشاوپ، پاترسون، رومرو، و لایت، ۲۰۱۰). بنابراین افراد با خودکارآمدی پایین شاید باور کنند که مشکل حل ناشدنی است و این باوری است که تنیدگی، افسردگی، تنهایی و دیدی توأم با ناامیدی برای گره‌گشایی را پرورش می‌دهد. از سوی دیگر خودکارآمدی بالا در هنگام نزدیک شدن به کار و کنش‌های دشوار به پدید آمدن احساس آسانی کمک می‌کند (لام، تراسز و لاسی، ۲۰۱۲). خودکارآمدی در سالمندان نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعات، تأثیر خودکارآمدی بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان را نشان داده‌اند. به عنوان مثال سالمندانی که تحت برنامه ارتقای خودکارآمدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالایی از زندگی داشتند (کالاقان، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات ترکی، حاجی کاظمی، باستانی و حقانی (۱۳۹۰) نشان داد که خودکارآمدی با سازش موفقیت‌آمیز با سرای سالمندان، کیفیت زندگی، فعالیت‌های فیزیکی، فعالیت‌های اساسی روزانه زندگی و انجام خود مراقبتی در ارتباط دارد. از طرفی خودکارآمدی باعث افزایش ارتباطات کلامی و افزایش مشارکت‌های اجتماعی می‌شود و می‌تواند در کاهش مشکلات روانی سالمندان مؤثر واقع شود.

حمایت اجتماعی^۲ یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده‌ی سلامت است که به اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره می‌کند و در سال‌های اخیر در کانون توجه قرار گرفته است (لانگ و استین، ۲۰۰۱). برای اولین بار کوب (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را به عنوان آگاهی تعریف کرد که به

^۱ self-efficacy

^۲ social support

خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نگرش مثبت کمتری نسبت به سالمندی داشتند که با نشانه‌های افسردگی در ارتباط بود و نیز سالمندان جوان‌تر که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند و در اجتماعات بزرگتر شرکت می‌کردند، نگرش‌های مثبت بیشتری نسبت به سالمندی داشتند که با میزان بالاتر شادی در میان آنان رابطه داشته است. با توجه به اهمیت موضوع بهزیستی ذهنی و معنوی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان و از طرفی مطالعات اندکی که در این زمینه‌ها در ایران خصوصاً در شیراز انجام شده است، مطالعات گسترده‌تر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. به همین جهت این مطالعه با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان انجام شد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

در پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی، جامعه‌ی آماری شامل تمامی سالمندان ۶۰ سال به بالای شهر شیراز می‌شد. در این مطالعه ۳۵۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهر شیراز به روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. بر اساس فرمول کوکران تعداد حجم نمونه تحقیق ۳۸۲ نفر مشخص گردید. شرایط شرکت در پژوهش برای شرکت‌کنندگان، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه، فقدان اختلال شناختی و تمایل جهت ورود به مطالعه بود. سالمندان شرکت‌کننده در صورت داشتن بیماری ناتوان‌کننده از نمونه خارج می‌شدند. از کل افراد مورد مطالعه، ۲۲۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن بودند. ۱۸۰ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۸۰ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۷۰ نفر دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۲۰ نفر نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. ۱۶۰ نفر از افراد مورد مطالعه ۶۵-۶۰ سال، ۱۰۰ نفر ۷۰-۶۵ سال، ۵۵ نفر ۷۵-۷۰ سال و ۳۵ نفر نیز بالاتر از ۷۵ سال سن داشتند. میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۶۶/۲۹ و انحراف معیار آن ۴/۲۶ بود.

ابزار

پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی بزرگسالان: پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی گی‌یز و مارگامیو (۲۰۰۳) دارای سه مؤلفه

پرداختند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه‌ی کالافان (۲۰۰۵) با عنوان رفتارهای سلامتی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و عامل‌های محیطی اساسی در سالمندان، نتایج نشان داد که بین رفتارهای سلامتی با خودکارآمدی و خود مراقبتی ارتباط وجود دارد.

یعقوبی، محقق و منظمی‌تبار (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی سالمندان نشان دادند که بین بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. حسینی، داخه هارونی، یغمایی و علوی‌مجد (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان بررسی میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در شهر تهران نشان دادند که میان حمایت اجتماعی و سلامت عمومی همبستگی معنی‌داری وجود دارد و این همبستگی در بُعد نشاط از سایر ابعاد وضعیت سلامت بیشتر است. یافته‌های این تحقیق نشان داد که بهره‌گیری از حمایت اجتماعی مثبت به سلامت و بهزیستی سالمندان منتهی می‌شود. ایگونا و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با عنوان شناخت ارتباط میان تجربه‌ی ذهنی سلامتی و کیفیت زندگی در سالمندان نشان دادند که بعد خانواده (ارتباط خانوادگی و حمایت خانواده) بیشترین اثرات مثبت را بر سلامتی دارد. در حالی که مرگ بستگان و بیماری شدید اثرات منفی شدیدی بر سلامتی سالمندان دارد. فیوری و دنکلاکریستی (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان ۶۷۶۷ نفر از سالمندان به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه‌ی مستقیمی دارد؛ در حالی که حمایت ابزار و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزار به غیر از خویشاوندان دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند. در پژوهش لوا، کاوو، و هیوهسی (۲۰۱۴) با عنوان خودکارآمدی، نگرش مثبت به سالمندی و سلامتی در میان سالمندان چینی پرداخت، نتایج نشان داد که سالمندانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند عموماً نگرش‌های مثبتی نسبت به سالمندی داشته‌اند. اما در این میان سالمندانی که از

تیگمان (۱۹۹۲) اصلاح و متکامل‌تر شد و در مطالعات مختلف به کار گرفته شد. این ابزار در گروه‌های سنی مختلف از جمله سالمندان به کار گرفته شده است. زیرمقیاس‌های این ابزار شامل حمایت اطلاعاتی، عملکردی و احساسی می‌باشد. این ابزار دارای دو بخش با مقوله‌های خانواده و دوستان و کادر پزشکی بوده است و قسمت اول ۶ گویه و قسمت دوم ۵ گویه دارد. هر گویه دارای سه گزینه می‌باشد. این ابزار بر روی ۳۱۴ سالمند با سن متوسط ۷۱/۶ سال اجرا شد که در آن آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (واین فیلد، بلک و چور- هانسن، ۲۰۰۸). در پژوهش باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آزمون همبستگی درون طبقه‌ای این بعد (خانواده و دوستان) برابر ۰/۹۴ بدست آمد ($p < 0/001$). در بعد کادر بهداشت و درمان نیز آلفای کرونباخ در مطالعه‌ای باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۸۸ گزارش شده است.

مقیاس بهزیستی معنوی^۲: این آزمون توسط پالوتزین و ایسون (۱۹۸۲) ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است. سؤالات فرد آزمون، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه‌ی فرد از رابطه‌ی رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات زوج آزمون، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. پالوتزین و ایسون (۱۹۸۲) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس، توسط دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی^۳: پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی که توسط شرر و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از

است و ابعاد هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بهزیستی را ارزیابی می‌کند. مؤلفه‌ی بهزیستی هیجانی با ۱۲ سؤال، هیجان‌های مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند و نمره‌ای است که فرد در مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی به دست می‌آورد. شرکت‌کنندگان احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تمام مدت) تا ۵ (هیچ وقت) رتبه‌بندی می‌کنند. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است (گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶). مؤلفه‌ی بهزیستی روان‌شناختی دارای ۱۸ سؤال و شامل ۶ مؤلفه‌ی پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. شرکت‌کنندگان ارزیابی روان‌شناختی کلی از خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶). مؤلفه‌ی بهزیستی اجتماعی دارای ۱۵ سؤال و شامل ۵ مؤلفه‌ی مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. شرکت‌کنندگان ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی‌بخت، ۱۳۸۶). این پرسش‌نامه توسط گلستانی‌بخت (۱۳۸۶) بر روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی^۱: این مقیاس بر اساس پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی طراحی شده است که اولین بار توسط نولینگ و واین فیلد (۱۹۸۸) طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. سپس توسط وینفیلد، وینفیلد، و

^۲ spiritual well-being scale (SWBS)

^۳ self-efficacy Scale

^۱ multi-dimensional support scale (MDSS)

مورد استفاده قرار گرفت. پژوهشگر با نامه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز معرفی گردید. پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به‌دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان بصورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی کار پژوهش را ادامه ندهند. در پایان کار، داده‌های گردآوری شده بوسیله‌ی ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی گام به گام در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات روان‌سنجی متغیرهای مطالعه و همچنین آزمون کالموگراف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ارائه شده است.

ترکی و همکاران، ۱۳۹۰) ساخته شده است، دارای ۱۷ سؤال می‌باشد و بر اساس مقیاس ۱ تا ۵ (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) درجه‌بندی شده است. در این مطالعه افراد با نمرات کمتر از ۲۸ دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف، بین ۲۹-۵۷ دارای باورهای متوسط و ۵۸-۸۵ دارای باورهای قوی تقسیم شدند. براتی و بختیاری (۱۳۷۶) جهت بررسی اعتبار مقیاس خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن (تنصیف) استفاده کردند. ضریب پایایی آزمون از طریق روش اسپیرمن-براون برابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر با ۰/۷۶ بدست آمد. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر ۰/۷۹ بدست آمد که رضایت‌بخش می‌باشد (ترکی و همکاران، ۱۳۹۰).

روش اجرا

ابتدا کل جمعیت سالمند ۶۰ تا ۷۰ ساله‌ی شهر شیراز که ۷۶۴۸۰ نفر می‌باشد به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند. سپس با توجه به جمعیت سالمند تحت پوشش هر مرکز بهداشتی و به صورت خوشه‌ای، نمونه‌ی پژوهش از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. در زمان گردآوری اطلاعات، با در نظر گرفتن احتمال عدم بازگشت برخی پرسش‌نامه‌ها و یا ناقص بودن اطلاعات آنها، تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه توزیع گردید و از این تعداد ۳۵۰ پرسش‌نامه

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات برای متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره کولموگروف - اسمیرنوف	مقدار P
حمایت خانواده و دوستان	۱۴/۱۲	۳/۶۴	۰/۷۳۷	۰/۶۴۹
حمایت کادر درمانی	۱۱/۷۸	۳/۰۳	۰/۹۲۴	۰/۳۶۰
حمایت اجتماعی کل	۲۵/۹	۵/۵۵	۱/۱۷۴	۰/۱۲۷
بهبودی مذهبی	۳۵/۱۴	۳/۶۴	۱/۲۰۰	۰/۱۱۲
بهبودی وجودی	۳۷/۹۲	۴/۱۳	۰/۷۳۶	۰/۶۵۱
بهبودی معنوی کل	۷۳/۰۶	۸/۱۶	۰/۸۳۵	۰/۴۸۸
خودکارآمدی	۴۹/۱۷	۹/۳۶	۰/۸۹۶	۰/۳۹۸
بهبودی هیجانی	۳۲/۲۴	۴/۱۸	۰/۸۴۰	۰/۴۸۱
بهبودی روانشناختی	۶۵/۵۶	۱۱/۲۶	۰/۹۳۷	۰/۳۴۴
بهبودی اجتماعی	۵۴/۶۴	۶/۳۶	۰/۸۸۶	۰/۴۱۲
بهبودی ذهنی	۱۵۲/۴۴	۱۹/۸۷	۱/۰۳۵	۰/۲۳۵

معناداری با توزیع نرمال ندارند و بنابراین دارای توزیع نرمال هستند.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، معنادار نبودن مقادیر P به آن معناست که توزیع متغیرهای تفاوت

برای آزمون روابط دو متغیره حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲

ماتریس ضریب همبستگی حمایت اجتماعی (و مؤلفه‌های آن)، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی با بهزیستی ذهنی								
متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. حمایت خانواده و دوستان	۱							
۲. حمایت کادر درمانی	۰/۴۹۹**	۱						
۳. حمایت اجتماعی کل	۰/۶۹۴**	۰/۷۱۵**	۱					
۴. بهزیستی مذهبی	۰/۷۱۰**	۰/۶۴۷**	۰/۶۸۷**	۱				
۵. بهزیستی وجودی	۰/۴۴۶**	۰/۳۲۶*	۰/۴۹۲**	۰/۶۰۱**	۱			
۶. بهزیستی معنوی کل	۰/۶۴۶**	۰/۵۷۲**	۰/۷۲۶**	۰/۷۱۰**	۰/۶۶۱**	۱		
۷. خودکارآمدی	۰/۶۲۴**	۰/۵۹۳**	۰/۷۰۰**	۰/۶۷۰**	۰/۵۵۸**	۰/۵۹۲**	۱	
۸. بهزیستی ذهنی	۰/۶۲۳**	۰/۵۳۲**	۰/۸۲۴**	۰/۸۳۲**	۰/۶۷۷**	۰/۷۹۲**	۰/۷۵۵**	۱

شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه‌ی نمرات متغیرها بود (باقیمانده‌ها به طور نرمال در اطراف نمرات پیش‌بینی شده بهزیستی ذهنی توزیع شده بودند)، روابط بین متغیرها خطی بود (باقیمانده‌ها یک رابطه‌ی مستقیم با نمرات پیش‌بینی بهزیستی ذهنی داشتند)، هم خطی چندگانه وجود نداشت (همبستگی بین متغیرهای مستقل یعنی حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی کمتر از ۰/۷ بود)، یکسانی پراکندگی وجود داشت (واریانس باقیمانده‌ها در اطراف نمرات پیش‌بینی شده برای همه نمرات پیش‌بینی شده یکسان بود) و نمرات پرت وجود نداشت. نتایج آزمون دوربین-واتسون نیز نشان داد که فرض استقلال متغیرها برقرار است.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه‌ی دو متغیری حمایت اجتماعی با بهزیستی معنوی، خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار ($P \leq 0/001$)، رابطه‌ی دو متغیری بهزیستی معنوی، خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار ($P \leq 0/001$) و رابطه‌ی دو متغیری خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار است ($P \leq 0/001$).

برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده‌ی بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی، از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد (جدول ۳). قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا

جدول ۳

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی

مدل	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۹۲۳۹/۹۷۳	۱	۹۲۳۹/۹۷۳	۷۸۵/۸۴۵	$P \leq 0/001$
باقیمانده	۴۱۰۳/۷۶۰	۳۴۹	۱۱/۷۵۸		
کل	۱۳۳۴۳/۷۳۳	۳۵۰			
رگرسیون	۱۰۴۴۸/۴۱۶	۲	۵۲۲۴/۲۰۸	۶۲۷/۹۸۵	$P \leq 0/001$
باقیمانده	۲۸۹۵/۳۱۷	۳۴۸	۸/۳۱۹		
کل	۱۳۳۴۳/۷۳۳	۳۵۰			
رگرسیون	۱۱۱۹۲/۶۵۷	۳	۳۷۳۰/۸۸	۶۰۱/۸۵۱	$P \leq 0/001$
باقیمانده	۲۱۵۱/۰۷۶	۳۴۷	۶/۱۹۹		
کل	۱۳۳۴۳/۷۳۳	۳۵۰			
رگرسیون	۱۱۳۸۳/۱۴۸	۴	۲۸۴۵/۸۷۸	۵۰۲/۲۷۲	$P \leq 0/001$
باقیمانده	۱۹۶۰/۵۸۵	۳۴۶	۵/۶۶۶		
کل	۱۳۳۴۳/۷۳۳	۳۵۰			

از متغیرهای حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی به عنوان متغیر پیش‌بین و بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چندمتغیری به شیوه گام به گام به ترتیب زیر استفاده شد.

با توجه به اینکه متغیرهای پیش‌بین و ملاک براساس مقیاس فاصله‌ای بودند، و بین آنها رابطه خطی مشاهده شد، و توزیع نرمال داده‌ها، طبیعی بودن و همسانی پراکنشی باقی‌مانده‌ها غربال شدند، بنابراین مفروضه استفاده از رگرسیون برقرار است. برای تعیین سهم هر یک

جدول ۴

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از طریق حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی

متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	R ² تغییر یافته	نسبت F	سطح معناداری	دوربین- واتسون
حمایت خانواده و دوستان	۰/۸۳۲	۰/۶۹۲	۰/۶۸۷	۰/۶۹۲	۱۳۰/۵۹	P≤۰/۰۰۱	
بهزیستی مذهبی	۰/۸۸۵	۰/۷۸۳	۰/۷۷۵	۰/۰۹۱	۲۳/۷۹	P≤۰/۰۰۱	۱/۳۹۵
بهزیستی وجودی	۰/۹۱۶	۰/۸۳۹	۰/۸۳۰	۰/۰۵۶	۱۹/۳۷	P≤۰/۰۰۱	
خودکارآمدی	۰/۹۲۴	۰/۸۵۳	۰/۸۴۲	۰/۰۱۴	۵/۳۴	۰/۰۲۵	

از معنی‌داری مدل کلی بود: ($F_{(۳, ۳۴۶)} = ۷۹/۸۳۲, P \leq ۰/۰۰۱$). برای اطلاع از سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس بهزیستی ذهنی، ضرایب Beta بررسی شد. که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

پس از اجرای رگرسیون چندگانه، مقدار R² به دست آمده نشان داد که ۸۵ درصد از واریانس کل بهزیستی ذهنی سالمندان توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. تحلیل واریانس روی همین مدل نیز حاکی

جدول ۵

نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی طبق حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی

متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	t	سطح معناداری	مقدار تحمل	عامل افزایش واریانس (VIF)
مقدار ثابت	۱۴۳/۵۳۶	۶/۳۲۴	-	۲۲/۶۹۷	P≤۰/۰۰۱	-	-
حمایت خانواده و دوستان	۲/۹۵۲	۰/۲۵۸	۰/۸۳۲	۱۱/۴۲۸	P≤۰/۰۰۱	۱	۱
مقدار ثابت	۱۱۶/۱۲۴	۷/۷۶۵	-	۱۴/۹۵۵	P≤۰/۰۰۱	-	-
حمایت خانواده و دوستان	۲/۳۳۵	۰/۲۵۳	۰/۶۵۸	۹/۲۳۳	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۴۹	۱/۳۳۵
بهزیستی مذهبی	۲/۰۵۴	۰/۴۲۱	۰/۳۴۸	۴/۸۷۸	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۴۹	۱/۳۳۵
مقدار ثابت	۱۰۳/۴۶۳	۷/۳۴۰	-	۱۴/۰۹۶	P≤۰/۰۰۱	-	-
حمایت خانواده و دوستان	۱/۵۶۲	۰/۲۸۱	۰/۴۴۰	۵/۵۵۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۵۸	۲/۱۸۵
بهزیستی مذهبی	۱/۷۶۹	۰/۳۷۲	۰/۳۰۰	۴/۷۵۹	P≤۰/۰۰۱	۰/۷۲۷	۱/۳۷۶
بهزیستی وجودی	۱/۷۵۹	۰/۴۰۰	۰/۳۴۱	۴/۴۰۲	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۲/۰۸۱
مقدار ثابت	۱۰۴/۵۶۴	۷/۰۸۷	-	۱۴/۷۵۵	P≤۰/۰۰۱	-	-
حمایت خانواده و دوستان	۱/۰۴۰	۰/۳۵۳	۰/۲۹۳	۲/۹۴۹	P≤۰/۰۰۱	۰/۲۷۰	۳/۷۰۰
بهزیستی مذهبی	۱/۶۸۵	۰/۳۶۰	۰/۲۸۵	۴/۶۷۹	P≤۰/۰۰۵	۰/۷۱۹	۱/۳۹۱
بهزیستی وجودی	۱/۴۵۶	۰/۴۰۷	۰/۲۸۲	۳/۵۸۰	P≤۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۲/۳۲۲
خودکارآمدی	۰/۷۳۸	۰/۳۱۹	۰/۲۳۴	۲/۳۱۲	۰/۰۲۵	۰/۲۶۱	۳/۸۳۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که وقتی متغیر بلوک اول (حمایت خانواده و دوستان) وارد مدل شدند، مدل کلی ۶۹

درصد واریانس متغیر بهزیستی ذهنی را تبیین کرد، در گام‌های بعدی با اضافه شدن هر یک از متغیرهای

پیش‌بین میزان واریانس تبیینی به ۸۵ درصد رسید. با توجه به مقادیر بتا حمایت خانواده و دوستان ($Beta=0/293$)، بهزیستی مذهبی با ضریب بتا ($Beta=0/285$)، بهزیستی وجودی با ضریب بتا ($Beta=0/282$) و خودکارآمدی با ضریب بتا ($Beta=0/234$) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان می‌باشند.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۵ که نشان می‌دهد مقادیر آماره تحمل برای همه متغیرهای پیش‌بین پژوهش از ۰/۱ بزرگتر و مقادیر آماره عامل افزایش واریانس نیز برای همه آن‌ها از ۱۰ کوچکتر می‌باشد. بنابراین در این پژوهش هم‌خطی چندگانه‌ای مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و بهزیستی سالمندان رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (مانند حسینی و همکاران، ۱۳۹۰؛ لولا و همکاران، ۲۰۱۰) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، حضور در میان دوستان، خانواده و سایرین باعث گسترش روابط اجتماعی می‌شود و بر ادراک حمایت اجتماعی سالمندان تأثیر می‌گذارد. نتیجه‌ی دیگر اینکه ارتباط با دوستان، خانواده، خویشاوندان و سایرین در میان سالمندان دارای اهمیت است و هر دو جنس از این حمایت برخوردارند. اما حمایتی که از سوی خانواده صورت می‌گیرد، در میان انواع حمایت اجتماعی بیشتر است. بر این اساس به نظر می‌رسد که فضای گرم و صمیمی خانواده‌های ایرانی هنوز هم مکانی پر از مهر و محبت و دلگرمی برای اعضای خانواده محسوب می‌شود. یافته‌های تحقیقات پیشین نیز همانند تحقیق حاضر بوده که حمایت خانواده بیشترین تأثیر را در میان انواع حمایت اجتماعی دارا بوده است. از سوی دیگر بر اساس نیاز به انسجام اجتماعی، حدود تعلق و ارتباط فرد با دیگران است که به زندگی معنا و مفهوم می‌بخشد. در غیر این صورت هر چیزی ممکن است وسیله‌ای برای خلاص شدن انسان از زندگی شود. به بیان دیگر زمانی که پیوند اجتماعی فرد از طریق ازدواج، اشتغال، ارتباط با دوستان و همسالان، مشارکت و سایر فعالیت‌های اجتماعی صورت گیرد، میزان ناهنجاری در جامعه کاهش می‌دهد.

روابطی که سالمند با دوستان، خانواده و سایرین برقرار می‌کند و نیز حمایتی که از سوی آنان دریافت می‌کند، باعث می‌شود او احساس کند که به جامعه و اطرافیانش تعلق دارد؛ عنصری دارای شأن و ارزش است و مورد احترام دیگران است و در نهایت این احساس بر بهزیستی هیجانی، اجتماعی، روان‌شناختی و در نهایت بهزیستی ذهنی او تأثیر خواهد داشت (حسینی و همکاران، ۱۳۹۰).

در تبیین دیگر، خانواده می‌تواند به دو روش از اعضای خود حمایت کند. یکی اینکه اطلاعات و امکانات لازم را برای اعضای خود فراهم سازد و دیگر اینکه هیجان‌ات موجود را به اشتراک گذارد (چیو، ۲۰۱۰). حمایت هیجانی به عنوان هسته‌ی حمایتی برای رشد و پیشبرد هر فعالیتی در نظر گرفته می‌شود (تویتز، ۱۹۸۲). بیشتر سالمندان به دنبال حمایت هیجانی هستند (لودنبرگ، مک‌این‌تایر و گریزمان، ۲۰۰۸). خانواده‌های که مسئولیت نگهداری از سالمندان خود را می‌پذیرند با فراهم کردن محیطی غنی شده از عواطف و هیجان‌ات، زمینه را برای بهبود بهزیستی هیجانی فراهم می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که بین بهزیستی معنوی و بهزیستی ذهنی سالمندان رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همان طور که انتظار می‌رفت، بهزیستی معنوی و بهزیستی ذهنی همبستگی درونی بالایی با هم داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بهزیستی مذهبی و وجودی به طور معنی‌داری بهزیستی ذهنی را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های (مانند کورسنتینو و همکاران، ۲۰۰۹؛ ایگونیا و همکاران، ۲۰۱۰؛ جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰ و یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که بهزیستی معنوی از طریق تدارک یک چارچوب، جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، در ارتقای بهزیستی نقش دارد. به تعبیری معنویت یک سامانه‌ی باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنی پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (سلیگمن، ۲۰۰۲). افراد سالمندی که از بهزیستی معنوی برخوردارند، این توانایی را دارند که به مشکلات زندگی، فشارهای روانی، ناتوانی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و مهم‌تر از همه، فقدان‌های طبیعی نظیر مرگ همسر و افراد نزدیک

خانواده و ازدواج و جدایی فرزندان که در چرخه‌ی زندگی رخ می‌دهند، معنی بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات از بار فشار روانی آنها بکاهند. از طرفی معنویت و بهزیستی معنوی برای افراد، حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این نوع حمایت این حس را در افراد سالمند ایجاد می‌کند که تنها نیستند و به گروهی تعلق دارند که در مواقع سختی و مشکلات از آنها حمایت عاطفی می‌کنند. از سوی دیگر افراد سالمند دارای بهزیستی معنوی با سبک زندگی جسمی و روانی سالم هستند که در آن وفاداری زناشویی، رفتار نوع دوستانه، عدم ارتکاب جرم و رفتارهای ضد اجتماعی، تعادل در تغذیه و داشتن تعهد و سایر رفتارهای مربوط به سلامتی حائز اهمیت است، بهزیستی هیجانی و روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت، بهزیستی معنوی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند، موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقای سطح سلامت روانی و بهزیستی ذهنی سالمندان می‌شود. از این‌رو، سالمندان با بهزیستی بالا، برای حل مسائل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطراف‌شان دریافت می‌کنند، استقامت بیشتری دارند. در نتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجانات مثبت را بروز دهند. همچنین بهزیستی معنوی افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، نسبت به تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت روان و بهزیستی ذهنی آنها را به خطر می‌اندازد مصون باشند (برجلی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و بهزیستی ذهنی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر (مانند کالاقان، ۲۰۰۵؛ ترکی و همکاران، ۱۳۹۰؛ باقری نسامی و همکاران، ۱۳۹۱ و لولا و همکاران، ۲۰۱۰) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، هرچه میزان استقلال سالمند در انجام کارهای شخصی بیشتر باشد به دنبال آن رضایت بیشتری از زندگی حاصل می‌شود. نداشتن حق اختیار در انجام امور و وابستگی به

دیگران سبب کاهش استقلال، خودکارآمدی، و افزایش نارضایتی و افسردگی در فرد سالمند می‌شود (قلی‌زاده و شیروانیان، ۱۳۸۹). به بیانی دیگر طبق نتایج سایر مطالعات به نظر می‌رسد هر چقدر سالمندان در رابطه با امور شخصی خود از استقلال عمل بیشتری برخوردار باشند، بهزیستی آن‌ها از زندگی افزایش می‌یابد. از سوی دیگر بدیهی است عوامل متعددی در افزایش خودکارآمدی سالمندان دخالت دارد و لزوم توجه بیشتر به این عوامل حائز اهمیت می‌باشد. شاید بتوان حمایت عاطفی خانواده را یکی از دلایل این مسأله دانست. بالا بودن خودکارآمدی سالمندان ساکن خانواده ممکن است ناشی از حمایت اجتماعی سالمندان باشد که این حمایت آنها را قادر می‌سازد که با کاهش کارکردهای جسمی و روانی بهتر کنار آیند (مک‌دوگال و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین محیط زندگی سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می‌کند و بدین طریق به افراد کمک می‌کند به توانایی‌های خویش پی برده و خودکارآمدی خود را حفظ کنند (لوپرینزی و کاردینال، ۲۰۱۳). از سوی دیگر تصورات اخیر حاکی از همراهی خودکارآمدی و خودمتمکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی شده برای درمان‌پذیری است. خودکارآمدی به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که خودکارآمدی بیشتری دارند تلاش‌شان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند (نوروزی و مؤمنی یانسری، ۱۳۹۱). در مجموع افراد دارای خودکارآمدی بالا نسبت به کسانی که خودکارآمدی پایین دارند از تفکرات مثبت، عزت نفس و بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند. افراد با سطح خودکارآمدی بالا احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می‌کنند و خودشان را به شکل مثبت‌تری معرفی می‌کنند.

نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که ۸۵ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی از طریق مؤلفه‌های حمایت خانواده و دوستان، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و خودکارآمدی تبیین می‌شود. ۱۵ درصد از واریانس

باقی‌مانده توسط سایر ویژگی‌های زیستی، شخصیتی و محیطی تبیین می‌شود. حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی علاوه بر رابطه‌ی مستقیمی که با هم دارند، قادرند به طور مستقل بهزیستی ذهنی سالمندان را پیش‌بینی کنند. این امر نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی علاوه بر اثرات مشترکی که می‌توانند بر بهزیستی ذهنی سالمندان داشته باشند، ویژگی‌های خاصی نیز دارند که بر بهزیستی ذهنی اثرگذار است.

در نهایت، روش پژوهش (توصیفی) مانع در نظر گرفتن رابطه‌ی علی بین متغیر ملاک بهزیستی ذهنی و متغیر پیش‌بین حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی شد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به این امر توجه شود. به دلیل بالا بودن سن نمونه‌ها پرکردن پرسش‌نامه وقت‌گیر بوده و از حوصله‌ی سالمندان خارج بود. عدم همکاری بعضی از سالمندان نیز از محدودیت‌های پیش‌روی پژوهش بود. از محدودیت‌های دیگر، استفاده از پرسش‌نامه‌ی عمومی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این مطالعه بود که اختصاصاً برای سنین سالمندی نبود. در رابطه با پیشنهادات جهت مطالعات بعدی بهتر است در راستای طراحی و توسعه‌ی ابزارهای متکامل‌تر حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی که مختص سالمندان است، مطالعات بیشتری انجام شود. در مجموع با توجه به ویژگی‌های سالمندان و مشکلات دوران سالمندی این گروه سنی به برنامه‌ریزی و خدمات حمایتی چه از سوی دولت و چه از سوی خانواده‌ها و سایرین نیاز دارند. بنابراین ضروری است که در کشور ما انجمن‌های حمایت از سالمندان تأسیس شود. با راه‌اندازی سازمان‌ها و کانون‌ها و گردهمایی‌ها برای سالمندان میزان تماس و ارتباط میان آنان افزایش خواهد یافت.

سپاس‌گزاری

در نهایت، پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه‌ی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده‌اند نهایت سپاس‌گزاری را داشته باشند.

منابع

باقری نسامی، م.، سهرابی، م.، ابراهیمی، م.، ج.، حیدری فرد، ج.، ینج، ج.، و گلچین مهر، س. (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در

- سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری در سال ۹۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳ (۱۰۱)، ۳۸-۴۷.
- برجلی، م.، بگیان کوله‌مرز، م. ج.، بختی، م.، و عباسی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلری بر بهبود بهزیستی هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۰ (۴)، ۸۳-۱۰۰.
- ترکی، ی.، حاجی کاظمی، ا. ال.، باستانی، ف. و حقانی، ح. (۱۳۹۰). خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندان. *نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)*، ۲۴ (۷۳)، ۵۵-۶۲.
- جدیدی، ع.، فراهانی‌نیا، م.، جان محمدی، س.، و حقانی، ح. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴ (۷۲)، ۴۸-۵۵.
- جعفری، ع.، حاجلو، ن.، فغانی، ر.، و خزان، ک. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۶)، ۴۴۰-۴۳۱.
- حاتمی، ح.، رضوی، س. م.، افتخار اردبیلی، ح.، و مجلسی، ف. (۱۳۹۲). *کتاب جامع بهداشت عمومی*. تهران: ارجمند.
- حسینی، م.، داخته هارونی، م.، یغمایی، ف.، و علوی‌مجد، ح. (۱۳۹۰). بررسی میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران. *نشریه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی*، ۲۱ (۷۳)، ۲۵-۳۰.
- دشمنگیر، پ.، تقدیسی، م. ح.، دشمنگیر، ل.، و دهداری، ط. (۱۳۹۱). عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم از دیدگاه سالمندان: مطالعه کیفی. *مجله سالمندی ایران*، ۷ (۲۷)، ۴۷-۵۸.
- دهشیری، غ.، سهرابی، ف.، جعفری، ع.، و نجفی، م. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در دانشجویان. *مطالعات روانشناختی*، ۴ (۳)، ۴۴۲-۴۳۳.
- قائدی، غ. م.، و یعقوبی، ح. (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. *ارمغان دانش*، ۱۳ (۲)، ۸۱-۶۹.
- قلی‌زاد، ا.، و شیوانیان، ی. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین عامل‌های جمعیت‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی با رضایت از زندگی در سالمندان اصفهان. *علوم اجتماعی کاربردی*، ۲۱ (۳۷)، ۸۲-۶۹.

- گلستانی‌بخت، ط. (۱۳۸۶). *ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران* (پایان نامه دکتری چاپ نشده). تهران: دانشگاه الزهرا.
- محمودی، ق.، نیاز آذری، ک.، و صنعتی، ط. (۱۳۹۱). ارزیابی سبک زندگی در سالمندان. *فصلنامه سلامت خانواده دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، ۱ (۳)، ۴۵-۵۰.
- نوروزی، ا.، و مؤمنی یانسری، ع. (۱۳۹۱). خودکارآمدی عمومی، امید به زندگی و جهت‌گیری زندگی در زنان سالمند بهره‌مند از آموزش. *روانشناسی معاصر*، ۷ (ویژه‌نامه)، ۳۱۴۹-۳۱۴۶.
- همتی‌راد، گ.، و سپاه منصور، م. (۱۳۸۷). رابطه‌ی بین استرس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران. *اندیشه و رفتار*، ۲ (۷)، ۷۹-۸۶.
- یعقوبی، ا.، محقق، ح.، و منظمی‌تبار، ف. (۱۳۹۳). رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی سالمندان. *روانشناسی و دین*، ۷ (۲۷)، ۱۰۹-۱۲۱.
- Abbey, A. (1993). The effect of social support on emotional well-being. *Paper presented at the First International Symposium on Behavioral Health*. Nags Head, North Carolina.
- Bishop, M., Patterson, T., Romero, S., & Light, K. (2010). Improved Fall-Related Efficacy in Older Adults Related to Changes in Dynamic Gait Ability. *American Journal of Occupational Therapy*, 90 (11), 1598-1606.
- Bridges, L. J., Margie, N. G., & Zaff, J. F. (2001). Background for community-level work on emotional well-being in Adolescence: *Reviewing the literature on contributing factors*. New York: Child Trends.
- Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178.
- Chu, R. J-Ch. (2010). How family support and Internet self-efficacy influence the effects of e-learning among higher aged adults – Analyses of gender and age differences. *Computers & Education*, 55 (6), 255-264.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (3), 301-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Corsentino, E. A., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2009). Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *Journal of Gerontology*, 64(12), 1283-1289.
- Durayappah, A. (2011). The 3P Model: A general theory of subject well-being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681-716.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization measurement. *Journal of psychology and Theology*, 11(2), 330-340.
- Eugenia, M., Flores, P., Mayoralas, G., Fernandez, G., Rosenberg, M. W., & Perez, F. R. (2010). Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qualitative Health Research*, 20 (11), 1491-1499.
- Fagerström, C., Borg, C., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., & Ferring D., ... Hallberg, I. R. (2007). Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six European countries. *Applied Research in Quality of Life*, 2(1), 33-50.
- Fiori Katherine, L., & Denckla Christy, A. (2012). Social support and mental health in middle-aged men and women. *Journal Aging Health*, 24(3), 407-438.
- Gasper, K. (2003). When necessity is the mother of invention: Mood and problem solving. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(1), 248-262.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 1975-1991.
- Hawks, S. R., Goudy, M. B., & Gast, J. A. (2003). Motional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American Journal of Health Education*, 34(4), 30-33.

- Hooghe, M. (2012). Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research, 49* (2-3), 264-273.
- Ikiz, F. E., & Cakar, F.S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Social and Behavioral Sciences, 5*(2), 2338-2342.
- Jozwiak, J. L. (2007). *The significance of religion on health factors related to aging among American adults using the national survey of midlife development in the United States* (Doctoral dissertation). Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Keys, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 411-425). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lam, S., Tracz, S., & Lucey, C. (2012). Age, Gender, and Ethnicity of Counselor Trainees and Corresponding Counseling Self-Efficacy: Research Findings and Implications for Counselor Educators. *International Journal for the Advancement of Counseling, 70*(2), 562-573.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Anxiety disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics, 56*(5), 24-32.
- Laura, J. F., Graham, J. R., & Naomi. S. (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year under graduates. *Journal of College Student Development, 48*(3), 259-274.
- Loprinzi, P. D., & Cardinal, B. J. (2013). Erratum to Self-efficacy mediates the relationship between behavioral processes of change and physical activity in older breast cancer survivors. *Breast Cancer, 20*(1), 53-60.
- Lundberg, C. A., McIntire, D. D., & Creasman, C. T. (2008). Sources of social support and self-efficacy for adult students. *Journal of College Counseling, 11*(2), 58-72.
- Luo, L., Kao, S. F., Hsieh, Y. H. (2010). Positive Attitudes Toward Older People and Well-being Among Chinese Community Older Adults. *Journal of Applied Gerontology, 29*(5) 622-639.
- McDougall, G., Montgomery, K., Eddy, N., Jackson, E., Nelson, E., Stark, T., & Thomsen, C. (2003). Aging memory self-efficacy: Elders share their thoughts and experience. *Geriatric Nursing, 24*(3), 162-168.
- Moberg, D., & Brusek, P. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research Volume, 5*(1), 303-23.
- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social Science & Medicine, 27*(4), 385-392.
- Newport, F. (2006). Religion most important to blacks, women, and older Americans: Self-reported importance of religion decreases with education. Retrieved December 3, 2006, from <http://www.galluppoll.com/content/default.aspx?ci=24286>
- Ozmete, E. (2011). Subjective well-being: A research on life satisfaction as cognitive component of subjective well-being. *International Journal of Academic Research, 3*(4), 55-61.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Source book for current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Pamukçu, B., & Meydan, B. (2010). The role of empathic tendency and perceived social support in predicting loneliness levels of college students. *Social and Behavioral Sciences, 5*(2), 905-909.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality, Linkages to physical health. *American Psychology, 58*(1), 36-52.
- Seligman, M. E. (2002). Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. *New York, NY: Free Press*.

- Thanakwang, K., & Soonthorndhada, K. (2008). Family relations and health-promoting behavior among older people in Nan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand, 91*(7), 1102-1108.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(2), 145-159.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 3-13.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, Ch. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 267-274.
- Winefield, H. R., Coventry, B. J., Lewis, M., & Harvey, E. (2003). Attitudes of breast cancer patients toward support group. *Journal of Psychosocial Oncology, 21*(2), 39-54.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: the multi-dimensional support scale. *Journal of Personality Assessment, 58*(1), 198-210.
- Winefield, H., Black, A., & Chur-Hansen, A. (2008). Health Effects of Ownership of and attachment to companion Animals in an Older Population. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(4), 303-310.
- Worthington, E. L., Wade, N. G., Hight, T. L., Ripley, J. S., McCullough, M. E., Berry, J. W., ... Lynn, O. (2003). The Religious Commitment Inventory--10: Development, Refinement, and Validation of a Brief Scale for Research and Counseling. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 84-96.

Archive of SID

Role of social support, spiritual well-being and self-efficacy in predicting the subjective well-being of the elderly

Ali Farhadi, Ph.D

University of Medical Sciences of Lorestan

Somayeh Barazandeh Choqaiee

Allameh Tabataba'i University

Hassan Mokhtarpour

Allameh Tabataba'i University

Khalil Karami

Islamic Azad University, Boroujerd

Ali Daraeezadeh ✉

University of Mazandaran

Received: 2015.11.24

Accepted: 2015.12.19

Identifying the factors associated with mental well-being of the elderly is one of the favorite topics of aging psychology. The purpose of this study is the role of social support, spiritual well-being and self-efficacy in predicting subjective well-being of the elderly. This is structured based on descriptive method and is a correlational study, and the statistical population of it are all aged people in Shiraz. In this study, 350 older people aged more than 60 years were selected by random cluster sampling from different areas of Shiraz city to participate in the study. Social support questionnaire (Winefield, Winefield, & Tiggemann, 1992), spiritual well-being (Palvtzyn & Ellison, 1982), self-efficacy (scherrer et al., 1998), and subjective well-being (Gayyers & Margamyv, 2003) were used to collect information. The data using Pearson correlation coefficient showed meaningful and positive relationship between social support variables with each variable of spiritual well-being, self-efficacy and subjective well-being ($P < 0.001$). Multivariate regression analysis showed that 85 percent of the variance in subjective well-being of the elderly is explained by the support of family and friends, religious well-being, self-well-being and self-efficacy. The results of this study had significant implications about the importance of independent variables in maintaining emotional, social and psychological well-being of the elderly.

Key words: social support, sleep quality, general health, elderly

Ali Farhadi, associate professor, Dept. of Psychology, University of Medical Sciences of Lorestan, I.R. Iran; Somayeh Barazandeh Choqaiee, M.A in School Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, I.R. Iran; Hassan Mokhtarpour, M.A in psychology of children with special needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Khalil Karami, M.A student in clinical psychology, Islamic Azad University, Boroujerd, I.R. Iran. Ali Daraeezadeh, M.A in Sociology, University of Mazandaran, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Ali Daraeezadeh, M.A in Sociology, University of Mazandaran, I.R. Iran.

Email: alidaraizadeh@yahoo.com